



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**O impacto do livre acesso e circulação no  
Centro Hospitalar de São João**

XLV Curso de Especialização em Administração Hospitalar

**Ana Margarida Pinto da Silva**

**fevereiro de 2019**





**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

## **O impacto do livre acesso e circulação no**

### **Centro Hospitalar de São João**

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica do Professor Doutor Julian Perelman

**fevereiro de 2019**



## Agradecimentos

Assim termina mais uma etapa, recheada de com momentos de incerteza, obstáculos e dificuldades. Este percurso foi pautado pelo esforço, trabalho e dedicação. O apoio e amizade que recebi tornaram no entanto tudo mais fácil de ultrapassar.

Ao longo deste percurso contei com a colaboração imprescindível de muitas pessoas a quem muito quero agradecer e das quais destaco:

Ao meu orientador, Professor Doutor Julian Perelman pelo incentivo e pelos contributos metodológicos, bem como pela sua disponibilidade permanente que foi decisiva na realização deste trabalho.

À Administração do Centro Hospitalar de São João pela oportunidade de efetuar este estudo.

À Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) pela disponibilidade e celeridade na disponibilização dos dados solicitados.

A todos, os familiares, amigos e colegas, que com a sua amizade, incentivo e compreensão pela ausência, me apoiaram;

À amiga Ana Gago, companheira de percurso, pela amizade apoio e cumplicidade em todos os momentos.

Aos meus pais e irmão que me deram coragem e ânimo ao longo de mais esta etapa da minha vida.



## Resumo

**Introdução:** O livre acesso e circulação (LAC) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) alterou o paradigma do acesso aos cuidados de saúde, permitindo ao utente em conjunto com o médico de família responsável pela referência optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar o efeito da implementação da medida do livre acesso e circulação nos pedidos de consulta e nas listas/tempos de espera do Centro Hospitalar São João (CHSJ).

**Metodologia:** Realizou-se um estudo observacional, descritivo com recolha de informação retrospectiva sobre uma amostra de 283.308 pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), via Sistema de Informação de Consulta a Tempo e Horas (SICTH).

**Resultados:** Com a entrada em vigor do LAC, o CHSJ aumentou os pedidos de primeira consulta hospitalar referenciados pelos CSP, via SICTH, em 12,5%. O número de pedidos de primeira consulta de especialidade de utentes com proveniência fora da área de referência do CHSJ, em 2017, representava 26,4%, registando um aumento de 21.233 pedidos face a 2015.

À data de 31 de dezembro de 2017 havia mais 18.560 (+64,4%) utentes que aguardavam uma primeira consulta de especialidade no CHSJ, referenciados pelos CSP, face a 2015. O tempo médio de espera para uma primeira consulta de especialidade aumentou em 67 dias.

As especialidades que registaram maior aumento da procura de utentes com proveniência fora da área de referência foram Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral e Dermatologia.

**Conclusão:** O presente estudo mostrou que a medida teve um impacto na procura do CHSJ. Em 2017, a Instituição teve um aumento substancial da procura de primeira consulta de especialidade em resultado dos pedidos com origem fora da sua área de referência. Do aumento da procura adveio um agravamento dos tempos médios de espera, na maioria das especialidades e uma grande percentagem de primeiras consultas realizadas em 2017 estiveram acima do tempo máximo de resposta garantido (TMRG). O aumento da procura foi superior ao aumento da produção originando uma deterioração dos indicadores de acesso à consulta.

**Palavras-chave:** Liberdade de escolha; Tempos de espera; Acesso.





## Abstract

**Introduction:** Freedom of choice within the Portuguese National Health Service (SNS) allowed that patients, in agreement with their family physician, choose to be referred to any of the NHS hospitals, irrespective of their area of residence. This work aims at evaluating the effect of this measure on consultations requests and waiting times/lists of the São João Hospital Centre (CHSJ).

**Methodology:** Observational and descriptive study, with collection of retrospective information from a sample of 283,308 requests for first medical consultations referred by the primary health care, via the Information System of Timely Consults (SI CTH).

**Results:** The number of requests for first medical consultation referred by primary care, via SI CTH, increased by 12.5%. In 2017, the number of first specialty consultations requests, from patients out of the referral area, experienced a 26.4% increase, with 21,233 additional requests in comparison with 2015.

By the 31<sup>st</sup> of December 2017, there were more than 18,560 (+64.4%) patients waiting for their first medical consultation referred by primary care, when compared to those in 2015. The average waiting time for a first medical consultation increased by 67 days.

Orthopedics, Ophthalmology, Otorhinolaryngology, General Surgery and Dermato-venereology were the specialties that registered the highest growth in demand from patient out of the referral area.

**Conclusions:** This study shows that the new policy had an impact on demand to the CHSJ. In 2017, the hospital suffered a substantial rise in demand for first specialty medical consultations, as a result of requests from patients out of the referral area. This rise of demand caused an aggravation of average waiting times for most specialties and a large number of first consultations were above the Guaranteed Maximum Answer Time. The increase of demand was larger than the increase of production, causing deterioration in consultation access indicators.

**Keywords:** Free of choice; Waiting time; Access.



## Índice

1.	Introdução .....	1
2.	Enquadramento Teórico .....	3
2.1.	A liberdade de escolha: benefícios e constrangimentos .....	3
2.1.1.	Liberdade de escolha e a qualidade .....	4
2.1.2.	Liberdade de escolha e a equidade .....	5
2.1.3.	Liberdade de escolha e o acesso .....	6
2.2.	Realidade Internacional .....	9
2.3.	A Liberdade de Escolha em Portugal .....	13
2.3.1.	Enquadramento jurídico .....	13
2.3.2.	A operacionalização da medida do Livre Acesso e Circulação .....	14
2.4.	O Centro Hospitalar São João (CHSJ) .....	16
3.	Objetivos .....	17
4.	Metodologia .....	19
4.1.	Descrição Geral .....	19
4.2.	Fontes de Informação .....	19
4.3.	Seleção da população em estudo .....	20
4.4.	Variáveis .....	20
4.4.1.	Normas Legais .....	21
4.4.2.	Acesso .....	22
4.4.3.	Hospital .....	23
4.5.	Análise e tratamento dos dados .....	23
5.	Resultados .....	25
6.	Discussão .....	35
6.1.	Principais Resultados .....	35
6.2.	Interpretação dos resultados e comparação com outros estudos .....	36
6.3.	Limitação do Estudo .....	40
7.	Considerações Finais .....	41
8.	Referências Bibliográficas .....	43
9.	Anexos .....	46

## Índice Quadros

Tabela I – Pedidos de consulta excluídos da amostra .....	29
Tabela II – Principais indicadores de acesso à consulta no CHSJ.....	34
Tabela III – TMRG legislados vs Tempos de Resposta do CHSJ .....	35
Tabela IV – Proveniência dos pedidos de 1ª consulta hospitalar, via SICTH do CHSJ .....	36
Tabela V – Evolução do n.º de pedidos de 1ª consulta hospitalar no triénio 2015-2017, referenciados pelos CSP, por especialidade e o peso da referenciação de pedidos fora da área de influência do CHSJ .....	37
Tabela VI – Evolução do n.º de pedidos de 1ª consulta hospitalar referenciados pelos CSP via SICTH.....	38
Tabela VII – Evolução da lista de espera e tempos médios de espera dos pedidos de primeira consulta referenciados pelos CSP via SICTH.....	39
Tabela VIII – Evolução do n.º de pedidos aguardar uma primeira consulta, com tempo de espera superior a 150 dias.....	40
Tabela IX – Evolução do n.º de primeiras consultas realizadas, provenientes SICTH e % de consultas realizadas dentro do TMRG.....	40
Tabela X – Evolução do n.º de médicos e horas semanais afetos à consulta externa vs variação da produção de consultas externas realizadas (primeiras e subsequentes) .....	41
Tabela X – Evolução dos principais indicadores da atividade cirúrgica .....	42

## Lista de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
CHSJ – Centro Hospitalar de São João
CSP – Cuidados de Saúde Primários
TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
SICA – Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento
SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Acesso
SICTH - Sistema Integrado para gestão do acesso à primeira consulta hospitalar
SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
LAC- Livre Acesso e Circulação
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
LEC – Lista de Espera da Consulta

## 1. Introdução

*“As políticas de saúde devem promover a igualdade de acesso aos cuidados de saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e localização geográfica, e devem ter uma equidade plena na distribuição de recursos e uso de serviços de saúde”* (Simões et. al; 2017, p.152).

No que respeita às questões relativas ao acesso de cuidados de saúde e ao papel dos cidadãos nos processos de decisão, a temática da liberdade de escolha esteve sempre presente nos debates.

A implementação de uma política da liberdade de escolha, de acordo com a teoria económica é desejável porque promove eficiência e qualidade, através do mercado e da concorrência (Perelman; 2015). Se por um lado é permitido aos utentes escolherem o hospital que melhor se adegue às suas necessidades, por outro lado pode potencialmente forçar os prestadores de cuidados de saúde a reagir e a “competir” pelos utentes, através de melhoria significativa da qualidade dos cuidados, por exemplo, através da diminuição dos tempos de espera para consulta (Appleby, Harrison, Devlin; 2003).

A liberdade de escolha nos cuidados hospitalares tornou-se uma política popular entre os serviços de saúde públicos europeus de modo a garantir o cumprimento dos direitos do utente, reduzir os tempos de espera e melhorar a eficiência e a qualidade nos hospitais públicos (Lacalle; 2008).

A 3 de maio de 2016, o Despacho n.º 5911-B/2016 alterou o paradigma do acesso aos cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português. Este despacho veio operacionalizar o livre acesso e circulação (LAC) no SNS, permitindo ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. Esta referenciação é efetuada de acordo com o interesse do utente, segundo critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta, acessíveis através do Portal do SNS.

O Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019 faz referência a esta medida como forma de *“facultar aos cidadãos, de forma progressiva, a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos”* (Programa do XXI Governo 2015-2019; p. 95).

Os tempos de espera existentes no SNS quer para as consultas de especialidade quer para as cirurgias têm sido a barreira mais visível na problemática do acesso aos cuidados especializados. Os diferentes tempos de espera para consultas hospitalares da mesma especialidade entre os diferentes hospitais do SNS foi um dos motivos para a implementação desta medida (Simões, Augusto e Fronteira; 2017).

Decorrido mais de um ano da implementação do LAC importa analisar se foram atingidos os objetivos enunciados com a medida, nomeadamente o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) ao nível da lista de espera para consulta (LEC) e da lista de inscritos para cirurgia (LIC). Existirão dados que suportem um reforço desta medida ou, pelo contrário, os seus efeitos estarão a ser perversos para o sistema, cuja adaptação não é capaz de acompanhar a transformação da procura?

Neste sentido, o presente trabalho pretende avaliar o efeito da implementação da medida do livre acesso e circulação na realidade do Centro Hospitalar de São João medido através da análise da evolução dos tempos de espera. Os dados mais recentes, fornecidos pela ACSS, após a implementação da mesma<sup>1</sup>, demonstram que o Centro Hospitalar de São João está no “top quatro” dos hospitais que receberam a maioria das referências fora da área sendo o hospital que no cômputo global tem o maior número de pedidos para consulta.

Relativamente à estrutura seguida, o trabalho organiza-se em seis partes:

1. Enquadramento teórico do tema, designadamente: a análise dos benefícios e constrangimentos da liberdade de escolha; a realidade internacional no que concerne à implementação de medidas de liberdade de escolha; e a liberdade de escolha em Portugal (enquadramento jurídico, operacionalização da medidas e constrangimentos atuais do SNS Português);
2. Apresentação dos objetivos do trabalho;
3. Descrição da metodologia adotada para a concretização dos objetivos propostos;
4. Apresentação dos resultados e principais conclusões;
5. Discussão dos resultados comparativamente com outros estudos efetuados nesta área;
6. Por fim, considerações finais sobre o trabalho desenvolvido bem como sugestões de possíveis estudos futuros.

---

<sup>1</sup> Período entre 1 de junho de 2016 e 31 de outubro de 2017.

## 2. Enquadramento Teórico

### 2.1. A liberdade de escolha: benefícios e constrangimentos

A teoria económica indica que a liberdade de escolha é desejável porque promove a eficiência e a qualidade, através do mercado e da concorrência: *“Ao escolher, espera-se que os utentes premeiem os melhores prestadores, e penalizem os piores”* (Perelman; 2015, p. 138). A liberdade de escolha pode ser, também, uma componente de bem-estar do doente, e um elemento de qualidade do sistema de saúde ao nível da capacidade de resposta (Perelman; 2015).

A literatura identifica dois benefícios imediatos quando através da liberdade de escolha existe uma efetiva opção dos utentes. Se por um lado é permitido aos utentes escolherem o hospital que melhor se adequa às suas necessidades, por outro lado, pode potencialmente forçar os prestadores de cuidados de saúde a reagir e a “competir” pelos utentes, através de melhoria significativa da qualidade dos cuidados, nomeadamente através da diminuição dos tempos de espera para consulta (Appleby, Harrison, Devlin; 2003).

A liberdade de escolha é considerada *“o principal instrumento para criar concorrência entre prestadores, obrigando os menos eficientes a melhorar as suas práticas ou a desaparecer, por falta de utentes e de rendimento”* (Perelman; 2015).

As políticas para a concorrência no mercado da saúde são, geralmente, baseadas no argumento de que a concorrência é potencialmente benéfica na redução de custos e, na melhoria da qualidade (Siciliani, Chalkley, Gravelle; 2017).

Com a política de liberdade de escolha do utente, pretende-se remover as restrições ao conjunto de prestadores disponíveis, permitindo assim que este possa optar pelo melhor prestador. Para que a concorrência funcione, a procura tem de ser sensível às diferenças entre os prestadores, de acordo com a variável competitiva em questão, seja preço, qualidade ou outra característica, que a procura considere determinante para a tomada de decisão.

Se o preço for determinado pelo mercado, então a procura deve ser sensível às diferenças de preços entre os prestadores. No entanto, se o modelo de financiamento adotar uma tabela única de preços com aplicação universal a todos os prestadores, a concorrência pode aumentar através da qualidade clínica e da eficiência.

Quanto a políticas que influenciam as receitas dos hospitais, nomeadamente o financiamento por ato ou episódio, estas promovem a concorrência entre prestadores

porque se o preço do ato ou episódio for vantajoso para o prestador (preços acima do custo marginal) este vai tentar atrair utentes “extras”.

Mas será que a liberdade de escolha só apresenta benefícios para o utente e para o sistema?

Para uma concretização efetiva da liberdade de escolha dos utentes é fundamental o direito à informação. no entanto, a assimetria de informação presente no mercado da saúde constitui uma importante barreira.

Desta forma, o utente necessita de ferramentas válidas para poder optar livremente pelo prestador de saúde que mais o satisfaz, sendo a informação adequada e acessível, uma tentativa de contornar todos os determinantes que fazem do mercado da saúde um mercado imperfeito.

### **2.1.1. Liberdade de escolha e a qualidade**

A assimetria de informação entre os agentes e a incerteza dos utentes pode impedir que estes sejam capazes de perceber a qualidade, podendo assim condicionar o impacto da liberdade de escolha na qualidade (Victoor *et al*; 2012).

Uma revisão da literatura realizada por Victoor *et al.* em 2012, cujo objetivo era identificar os determinantes da escolha do prestador de cuidados pelos utentes, permitiu concluir que estes delegam a sua escolha no médico de família ou escolhem o prestador mais próximo. Concluiu ainda que só não escolhe desta forma determinados grupos de utentes (mais instruídos e mais jovens), utentes com rendimentos mais elevados e utentes sem uma relação anterior satisfatória com o prestador de cuidados, fazendo de forma frequente uma escolha ativa.

Ainda, de acordo com o estudo anterior, mesmo quando existem relatórios comparativos sobre *outcomes*, estes têm pouco impacto na escolha dos utentes. Critérios visíveis da qualidade, nomeadamente: proximidade, acesso, acolhimento, tempos de espera e simpatia são os considerados por parte dos utentes. No entanto, nada garante que a qualidade percebida espelhe a qualidade intrínseca, como seja a competência dos profissionais, os ganhos em saúde e, a eficiência dos equipamentos.

A falta e/ou a assimetria de informação obriga os utentes, mesmo os mais instruídos, a basear as suas escolhas nas aparências, em experiências anteriores, e na reputação percebida por exemplo por parte dos familiares ou amigos (Perelman; 2015).



Face aos constrangimentos deste mercado não é de todo óbvio que a concorrência funcione neste sector tal como é expetável, ou seja, que favoreça os melhores e penalize os piores, promovendo a qualidade global do sistema.

Para que o utente possa fazer uma escolha racional, é necessário que tenha informação sobre o serviço e a qualidade do mesmo. Desta forma, o Estado terá de assegurar, através de mecanismos de controlo e acreditação da qualidade, informação transparente e explícita aos utentes chamados a escolher para que a liberdade de escolha possa ser um instrumento de qualidade (Perelman; 2015).

Deste modo, é fundamental que a informação seja publicitada, amplamente divulgada, acessível e de compreensão fácil, recorrendo a indicadores de qualidade, que todos considerem relevantes, para que a informação possa produzir efeitos nas escolhas dos utentes, caso contrário, a liberdade de escolha será pouco efetiva e apenas um privilégio de alguns (Perelman; 2015).

### **2.1.2. Liberdade de escolha e a equidade**

Sendo a equidade um dos princípios sobre o qual o SNS assenta, não é justo que dois doentes com a mesma patologia sejam tratados de forma diferente por razões diversas, nomeadamente: socioeconómicas, étnicas, de género ou de residência.

De acordo com Fokati (2014) a implementação da liberdade de escolha dos utentes nos cuidados de saúde pode ter consequências negativas para a equidade. A existência de desigualdades ao nível do rendimento e da educação, influenciam o acesso dos utentes à informação e, consequentemente, à sua capacidade de escolha, podendo criar condições de iniquidades, uma vez que nem todos os utentes têm a capacidade de decidir entre as diversas ofertas e nem todos têm a possibilidade de se deslocarem para outras áreas que não seja a sua área de residência. No limite, a liberdade de escolha pode ser um luxo, que é usufruído por aqueles que pelo seu capital económico, social e cultural, conseguem perceber o sistema de saúde, dialogar com os profissionais e tomar decisões (Fokati; 2010).

Perelman (2015) refere a existência de uma maior polarização dos cuidados, proporcionada pela liberdade de escolha, aquando da ausência de intervenções, uma vez que, os hospitais mais pequenos e/ou periféricos ficarão com os utentes que não podem escolher por falta de conhecimento ou insuficiência económica, correndo o risco de serem obrigados a fechar por falta de utentes.

Para a liberdade de escolha não criar iniquidade, terá que haver uma forte intervenção do Estado com vista a fomentar a possibilidade de escolha dos que não podem escolher, nomeadamente através da atribuição de subsídios de transportes e uma forte divulgação de informação (Perelman; 2015).

### 2.1.3. Liberdade de escolha e o acesso

O acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental das políticas de saúde e trata-se de uma ideia complexa e multifacetada (Furtado e Pereira, 2010).

Os autores Goddard e Smith (2001) definem o acesso aos cuidados de saúde como um problema de oferta, indicando o nível de serviço que o sistema de saúde oferece ao utente, dependente do contexto da análise. De acordo com os autores, o conceito de acesso aos serviços de saúde envolve vários fatores, estando relacionado com a perceção das necessidades de saúde, a procura e a utilização dos serviços.

De acordo com Santana (2005) o acesso aos cuidados de saúde deve ser analisado mediante a oferta (hospitais, centros de saúde) e a procura (utilizadores) dos serviços, de modo a examinar as características destas duas componentes.

Da deslocação da procura proporcionada pela liberdade de escolha poderão advir serviços congestionados e outros excedentários, sendo necessária uma reafecção de recursos, podendo eventualmente levar ao fecho de algumas unidades ineficientes. Um estudo da Deloitte (2011; p. 67) refere que *“é indispensável introduzir risco de continuidade, ou seja, é indispensável criar condições para encerrar serviços que percam competitividade, eliminando capacidade instalada não aproveitada”*.

Do lado da oferta, importa referir a pouca flexibilidade do sistema no que concerne à adaptação de recursos, nomeadamente materiais e humanos. Por exemplo, uma instituição hospitalar que esteja a trabalhar de acordo com a sua capacidade instalada e não consiga aumentar as instalações ou contratar mais recursos humanos, terá como principal objetivo o cumprimento do tempo máximo de resposta garantido e não propriamente a captação de novos utentes. Neste caso, a instituição poderá inclusive ser prejudicada se for alvo de escolha pelos utentes, uma vez que poderá aumentar a sua lista de espera e não conseguir cumprir os tempos de resposta.

Atualmente, as listas de espera existentes no SNS, quer para as consultas quer para as cirurgias, têm sido a barreira mais visível da problemática do acesso, nomeadamente aos cuidados especializados.

Uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas ao Acesso a Cuidados de Saúde no SNS concluiu que no triénio 2014-2016 o SNS sofreu uma degradação do acesso dos utentes a consultas de especialidade hospitalar e à cirurgia programada. Esta degradação traduziu-se no aumento do tempo médio de espera para a realização de uma primeira consulta de especialidade hospitalar, no aumento do número de utentes em lista de espera cirúrgica e, no incumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (Tribunal de Contas; 2017).



## 2.2. Realidade Internacional

Argumentos como a eficiência e a qualidade conduziram a países com um Serviço Nacional de Saúde, como o Reino Unido e a Suécia, a optarem pela liberdade de escolha, fomentando a concorrência entre hospitais (Perelman; 2015).

Na Suécia, a tomada de decisão na área da saúde está descentralizada em 21 condados ("*Landsting*"), sendo estes responsáveis pelo sistema de distribuição dos cuidados de saúde, desde os cuidados primários até aos hospitalares, incluindo cuidados preventivos e serviços de saúde prestados por entidades privadas. Desde 2007, foram introduzidas um conjunto de reformas permitindo uma maior escolha do utente e a privatização dos prestadores. Os principais objetivos foram: fortalecer o papel dos cuidados primários e melhorar o acesso e a capacidade de resposta aos utentes. A partir de 2010, o pagamento é realizado com base na escolha do utente quer seja prestador público ou privado (Anell; 2015).

Estudos realizados na Suécia indicaram um aumento do número de prestadores de cuidados de saúde primários (20%) e o aumento do número de pessoas que utilizaram esses cuidados. Não foi encontrada evidência que a qualidade ou a eficiência dos prestadores privados fosse distinta dos prestadores públicos, nem era exetável existirem diferenças uma vez que as responsabilidades e os pagamentos eram os mesmos independentemente da propriedade (Anell; 2015).

Na Inglaterra, um projeto-piloto desenvolvido pelo governo inglês, a partir de 2002, permitiu aos utentes que se encontravam a aguardar há mais de um ano por uma consulta (posteriormente foi reduzido para nove meses), a possibilidade de poderem escolher um hospital alternativo com capacidade para os atender em tempo útil.

A 1 de janeiro de 2006, na Inglaterra, todos os utentes passaram a ter a possibilidade de escolher entre quatro prestadores de cuidados de saúde, para onde pretendiam ser encaminhados. Associada a esta reforma foi alterado o financiamento dos hospitais<sup>2</sup> que passaram a receber incentivos financeiros com vista a atrair mais utentes. A informação sobre os tempos de espera e os resultados clínicos dos hospitais estavam à disposição do utente para este exercer a sua escolha.

---

<sup>2</sup> Implementação do pagamento por resultados (Payment-by-Results) - é um sistema de pagamento prospetivo que tem por base os GDH e cujos preços são definidos de acordo com um sistema nacional de tarifa. Um dos objetivos da introdução deste sistema de financiamento no setor hospitalar era reduzir as listas de espera dos tratamentos programados. Para o Departamento de Saúde, os contratos em bloco baseados no orçamento anual, não forneciam um incentivo para que os hospitais atraíssem pacientes adicionais, já que provocaria o aumento da atividade sobre o nível contratado. Adicionalmente, para além de apoiar a política do governo de estimular a redução das listas de espera, a introdução deste novo sistema visava promover uma série de outros objetivos, especialmente, induzir uma maior transparência e disciplina financeira nas organizações de saúde.

Em 2008, os utentes do NHS passaram a poder escolher também prestadores privados, sendo estes financiados nos mesmos moldes dos hospitais públicos.

Após a entrada em vigor destas reformas foram desenvolvidos estudos cujo objetivo foi verificar o impacto das medidas quer no comportamento dos hospitais cujo financiamento era fixo, quer na qualidade dos cuidados oferecidos assim como na qualidade e produtividade dos hospitais públicos com a entrada no mercado de hospitais privados (Cooper, et. al; 2012).

Em 2010 foi realizado um estudo por Dixon *et al.* intitulado “*Patient Choice – how patients choose and how providers respond*” com o objetivo de aferir se a escolha dos utentes tinha algum tipo de influência na concorrência entre os prestadores, concluindo que dependendo do âmbito da prestação do serviço ou a dimensão do hospital, os prestadores tinham maior ou menor interesse em competir entre eles para a captação de novos utentes.

Este mesmo estudo conclui, que os hospitais altamente especializados não se encontravam focados nas preferências dos utentes uma vez que a referenciação para estes hospitais era realizada por outros prestadores, tendo a escolha dos utentes pouca relevância para a sua atividade.

Quanto aos hospitais de média dimensão que se encontravam a trabalhar acima da sua capacidade instalada e não podiam aumentar as instalações ou contratar mais recursos humanos, tinham como principal objetivo o cumprimento do tempo máximo de resposta garantido e não propriamente a captação de novos utentes.

Os hospitais de reduzida dimensão demonstraram interesse em competir por um aumento de utentes, uma vez que o seu objetivo era serem hospitais de referência na prestação de serviços base.

Em suma, dependendo da dimensão do hospital ou do âmbito da prestação, a escolha dos utentes tem alguma influência na concorrência entre os prestadores.

Os autores do estudo identificaram quatro razões para o reduzido impacto no comportamento dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente:

1. O tempo desde a implementação da medida ainda era insuficiente;
2. Ainda não se encontrava totalmente implementada a escolha dos utentes;
3. Os utentes continuavam ligados (vinculados) aos seus hospitais de referência não exercendo totalmente a liberdade de escolha;
4. A obrigatoriedade do cumprimento dos tempos máximos elimina interesse em atrair mais utentes.

Em 2011, Cooper *et al.* (2011) analisaram o impacto da reforma implementada em 2006 no SNS inglês (NHS), que introduziu a opção de escolha do utente nos cuidados hospitalares, com o objetivo de determinar se o aumento da concorrência no mercado com preços fixos originaria melhorias na qualidade hospitalar.

Os autores analisaram a relação entre a concorrência e a qualidade usando como variável a taxa de mortalidade hospitalar por enfarte agudo do miocárdio (EAM) no período de 30 dias após o internamento. A investigação verificou uma associação entre uma maior concorrência e uma diminuição da taxa de mortalidade hospitalar por EAM no período de 30 dias. Em comparação com a média, a mortalidade por EAM caiu aproximadamente 0,31 pontos percentuais por ano (o valor de referência da mortalidade durante o período 2002/2008 é de 13,82%).

Este estudo considerou que a concorrência no mercado eletivo, em Inglaterra, provavelmente levou os hospitais a diligenciar um conjunto de medidas para melhorar o desempenho clínico, nomeadamente a realização de auditorias clínicas, a aposta na governança clínica, o investimento em novas tecnologias e a melhoria da gestão hospitalar. Estas medidas de melhoria estimuladas pela concorrência culminaram em melhorias da qualidade hospitalar.

O estudo mostrou ainda que nos mercados em que os preços são fixos a concorrência pode aumentar através da melhoria da qualidade clínica, sendo que nos mercados mais concorrenciais a qualidade melhorou mais depressa do que nos mercados menos competitivos. Os autores concluíram igualmente que os hospitais sujeitos a maior concorrência eram os melhores governados nomeadamente os que apresentavam melhores resultados financeiros.

Em suma, a concorrência hospitalar introduzida no mercado com preços fixos, pode levar a um aumento da qualidade dos serviços hospitalares, como prevê a teoria económica. O aumento da qualidade que os autores observaram na sequência das reformas do SNS inglês aumentou o bem-estar dos utentes.

Os mesmos autores<sup>3</sup> em 2012 realizaram um estudo para testar separadamente o impacto da concorrência dos hospitais do setor público e do setor privado sobre a eficiência dos hospitais públicos, em resultado das reformas ocorridas no SNS inglês. Neste estudo, os autores mediram a eficiência usando a variável “tempo médio de permanência nos hospitais para utentes submetidos a cirurgia eletiva”, subdividindo a variável em duas componentes: o tempo desde a admissão dos utentes no hospital até à cirurgia; e o tempo decorrido desde a cirurgia até à alta.

---

<sup>3</sup> Cooper, Gibbons, Jones & Mcguire.

Os resultados obtidos sugerem que a concorrência entre os hospitais do setor público levou-os a melhorar a produtividade, diminuindo a duração do pré, peri e pós-operatório. Em contrapartida, a concorrência com os hospitais privados não estimulou os prestadores públicos a melhorar o seu desempenho e, em vez disso, culminou com um aumento de casos mais complexos no setor público. Ou seja, existe um risco real que a concorrência hospitalar entre prestadores públicos e privados possa levar a uma segmentação do risco, na qual o setor privado seleciona os casos menos graves e mais rentáveis.

Os autores do estudo defendem que para uma maximização dos ganhos das reformas os decisores políticos devam investigar e introduzir o ajustamento pelo risco no financiamento dos hospitais.

Apesar dos estudos realizados, subsistem dúvidas quanto ao verdadeiro impacto da liberdade de escolha na concorrência e qualidade dos cuidados uma vez que poucos utentes verdadeiramente usufruem da possibilidade de escolher (Cookson et. al; 2012).



## 2.3. A Liberdade de Escolha em Portugal

### 2.3.1. Enquadramento jurídico

O artigo 64º, da Constituição da República Portuguesa (CRP), consagrou o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. De acordo com o estipulado na CRP compete ao Estado garantir o acesso a cuidados de saúde de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica bem como garantir uma cobertura racional e eficiente em todo o país ao nível dos recursos humanos e unidades de saúde.

O marco fulcral da história deste sistema é o Serviço Nacional de Saúde criado em 1979<sup>4</sup>, inspirado no modelo de Beveridge, caracterizado como um seguro público, com cobertura universal, equitativo, com custos reduzidos para o utente aquando da prestação do serviço e financiado por impostos e taxas moderadoras. A legislação que cria o SNS prevê que o Estado assegure o direito à proteção da saúde e consagre a liberdade de escolha na prestação de cuidados de saúde.

Posteriormente, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde<sup>5</sup>, onde são determinados os direitos dos cidadãos à saúde, entre os quais se destaca a liberdade de escolha.

Em março de 2014, a Lei n.º 15/2014 consolidou os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde, do qual se evidencia: o direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes; o direito a ser informado, de forma acessível, completa e inteligível, pelo prestador de cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

Recentemente a publicação do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, veio alterar o paradigma do acesso aos cuidados de saúde no SNS. Este despacho veio operacionalizar o livre acesso e circulação (LAC) no SNS, permitindo ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referênciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. Esta referênciação é efetuada de acordo com o interesse do utente, segundo critérios de proximidade geográfica, considerando os tempos médios de resposta, acessíveis através do Portal do SNS. A medida pretende assegurar o acesso equitativo e atempado às instituições do SNS, maximizando a sua capacidade instalada.

Em suma, a liberdade de escolha dos utentes na prestação de cuidados de saúde, encontra-se consagrada na lei portuguesa.

---

<sup>4</sup> Lei n.º 56/1979 de 15 de setembro

<sup>5</sup> Lei n.º 48/90 de 24 de agosto

### **2.3.2. A operacionalização da medida do Livre Acesso e Circulação**

A publicação do Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, foi um passo significativo na determinação da liberdade de escolha para os utentes no SNS português. O despacho determina a possibilidade dos utentes, de acordo com as suas preferências, e garantida a hierarquia técnica e regras de referenciação, poderem vir a escolher o hospital onde pretendem ser tratados.

Este novo processo de referenciação assenta no princípio do Livre Acesso e Circulação dos utentes no SNS, tendo sido implementado de forma gradual em todas as unidades de cuidados de saúde primários desde o mês de maio de 2016, e está enquadrado no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso no SNS (SIGA\_SNS).

Com vista a operacionalizar esta medida foi criado um sistema de informação de referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar, designado por Sistema Integrado de Gestão do Acesso no SNS (SIGA), que permite ao médico de família, em articulação com o utente e com base no acesso à informação sobre tempos de resposta de cada estabelecimento hospitalar, efetuar a referenciação para a realização da primeira consulta hospitalar em qualquer uma das unidades do SNS onde exista a especialidade em causa (ACSS; 2016).

Este novo sistema de informação agregou a informação que até à data se encontrava dispersa, nomeadamente no Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e no Sistema de Referenciação para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH).

As alternativas são apresentadas ao utente de acordo com os critérios de proximidade geográfica e com a informação dos tempos médios de resposta em cada especialidade por unidade hospitalar. Nas situações de consultas de especialidade cirúrgica a escolha deve ter em conta também o tempo médio de resposta para a intervenção cirúrgica, de forma à tomada de decisão considerar a necessidade integral do utente.

De acordo com (Simões, Augusto e Fronteira; 2017), o objetivo principal da política é aumentar a eficiência global do SNS e maximizar a capacidade instalada dos hospitais do SNS.

## Resultados Atuais

A medida do LAC foi totalmente implementada a partir de junho de 2016 e os dados disponíveis foram fornecidos pelo ACSS, para o período compreendido entre 1 de junho de 2016 e 31 de outubro de 2017<sup>6</sup>.

A análise dos dados mostra que 10,6% (260.886) dos utentes referenciados pelo médico de família para uma consulta hospitalar escolheram um hospital diferente do da sua área de residência para terem uma consulta de especialidade. Importa referir que 90% das referências fora da área de referência estão concentradas na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e na região do Norte, com 16,3% e 9,5%, respetivamente, de pedidos fora da rede face ao total de pedidos.

As especialidades de Oftalmologia (37.154), Ortopedia (30.420), Dermatologia (29.552) e Otorrinolaringologia (16.822) são as que registaram o maior número de pedidos para consultas fora do hospital de referência.

Os dados mostram que a maioria dos utentes do SNS que exerceram a liberdade de escolha vivem nas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Estes resultados devem ser lidos em conjunto com o número de unidades hospitalares do SNS situados em ambas as cidades: 13 hospitais em Lisboa e 5 no Porto.

Do mesmo modo, os hospitais que receberam a maioria das referências fora da área estão localizados nas cidades de Lisboa e Porto (CH Lisboa Central, CH Lisboa Norte, CH de São João, CH do Porto e CH Lisboa Ocidental), ou seja, a opção por uma unidade hospitalar diferente, mas que não implica grandes deslocações.

Isto poderá ser explicado pelo facto de, em Lisboa e no Porto (mas também em Coimbra) haver uma maior oferta de unidades hospitalares, incluindo as altamente especializadas em Portugal, comparativamente com outras cidades.

Em geral, a maioria das referências fora da área recebida pelas unidades hospitalares dos hospitais do SNS em Lisboa são Ortopedia, Oftalmologia, Dermato-venereologia, Neurocirurgia e Ginecologia. No Porto, Dermato-venereologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Geral são as especialidades com mais referências fora da área.

---

<sup>6</sup> Dados facultados pela ACSS para a elaboração deste estudo.

## 2.4. O Centro Hospitalar São João (CHSJ)

O CHSJ foi criado através do Decreto-lei nº 30/2011 de 2 de março, com efeitos a 1 de abril de 2011 e resultou da fusão de duas unidades hospitalares: o Hospital de São João e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição.

O CHSJ é a maior unidade hospitalar da região norte, e um dos maiores do país, presta serviços de saúde altamente diferenciados, sendo pioneiro em diversas áreas de assistência médica e na execução de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade. Presta assistência direta à população das freguesias do Bonfim, Paranhos e Campanhã do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo, num total de 330.379 habitantes. De forma indireta, e de acordo com a valência em causa, poderá servir de referência para toda a Região Norte (Relatório & Contas 2017; 2018).

No que respeita às suas instalações, o CHSJ conta com dois pólos: o Pólo de Valongo e o Pólo do Porto, sendo neste último que se centraliza a maioria da atividade realizada. No global apresenta uma lotação média oficial de 1.095 camas.

Tendo por base o Relatório e Contas de 2017, no CHSJ, durante o ano de 2017, foram realizadas 740.000 consultas, 259.065 atendimentos no Serviço de Urgência, 43.827 doentes saídos e 38.702 cirurgias programadas.

Após a entrada em vigor do LAC está presente no “top quatro” dos que receberam a maioria das referenciações fora da área e é o hospital que no cômputo global tem o maior número de pedidos de consulta.

Pela sua dimensão, a população heterogénea que serve bem como a proporção relevante de atividade e orçamento que representa no orçamento do SNS serviu como caso de estudo no presente trabalho, na expectativa de perceber qual o efeito desta medida numa instituição do SNS, quer em termos de variação da atividade assistencial quer na capacidade de resposta.

### 3. Objetivos

Este trabalho tem como objetivo principal avaliar o efeito da implementação do livre acesso e circulação (LAC) operacionalizado pelo Despacho n.º 5911-B/2016 de 3 de maio, nas listas de espera do Centro Hospitalar de São João, comparando o período que antecede a entrada em vigor do LAC (01/janeiro/2015 a 31/dezembro/2015) e após a sua implementação (01/janeiro/2017 a 31/dezembro/2017).

Como ponto de partida, a pergunta de investigação é:

- ✓ Qual o efeito do livre acesso e circulação de utentes no SNS na atividade assistencial do Centro Hospitalar de São João, nomeadamente na lista e tempos médios de espera?

Considerando a pergunta de investigação bem como o objetivo principal do presente estudo, a investigação pretende responder aos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Analisar a evolução dos principais indicadores de acesso à consulta externa no CHSJ no triénio 2015 a 2017.
- ✓ Analisar a proveniência dos pedidos de consulta rececionados em 2015 e 2017.
- ✓ Analisar a evolução do número de pedidos de primeira consulta hospitalar, dentro e fora da área de influência, por especialidade.
- ✓ Analisar a variação do número de utentes em lista de espera para consulta, por especialidade e respetivos tempos de espera.
- ✓ Analisar a variação da atividade assistencial realizada no que respeita às primeiras consultas realizadas e cirurgias programadas realizadas.
- ✓ Analisar a evolução das horas de trabalho de pessoal médico afetas à consulta externa, por especialidade.
- ✓ Analisar a variação do número de utentes inscritos para cirurgia e os tempos de espera, por especialidade.



## **4. Metodologia**

Este capítulo descreve a metodologia delineada para a presente investigação de modo a responder à pergunta de investigação previamente estabelecida: “Qual o efeito do livre acesso e circulação de utentes no SNS na atividade assistencial do Centro Hospitalar de São João, nomeadamente na lista e tempos médios de espera?”.

### **4.1. Descrição Geral**

Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo observacional descritivo com recolha de informação retrospectiva sobre uma amostra de 283.308 pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar referenciados pelos CSP, via sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas (CTH), referentes aos anos de 2015 (antes da entrada em vigor do LAC) a 2017 (o primeiro ano completo em que a medida esteve em vigor).

### **4.2. Fontes de Informação**

Perante a temática e os objetivos do estudo foi formalizado o pedido de autorização para a realização do mesmo. Este pedido foi dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do CHSJ, tendo sido solicitados os dados assistenciais necessários à sua elaboração. Foi igualmente submetido à Comissão de Ética para a Saúde e da Unidade de Investigação do CHSJ o pedido de autorização para a realização do estudo.

Após obtido o parecer prévio favorável da Comissão de Ética bem como a concordância do Conselho de Administração e uma vez que a realização do trabalho envolveu o acesso a dados sobre produção e atividade assistencial, o CHSJ diligenciou no sentido de solicitar a autorização da tutela, em conformidade com o disposto no n.º 1, do Despacho n.º 43584-A/2017, de 17 de maio de 2017, do Secretário de Estado da Saúde. Após reunidas todas as autorizações avançou-se com o estudo.

Os dados utilizados para este estudo foram totalmente anonimizados, não tendo sido consultada nenhuma ficha clínica.

A informação recolhida foi a presente no Sistema de Referência para Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar - Consulta a Tempo e Horas (CTH), no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), bem como os dados da atividade assistencial produzidos pela Instituição, nomeadamente ficheiros do Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento (SICA), Relatório e Contas e Relatório de Acesso dos períodos em análise.

### 4.3. Seleção da população em estudo

Da amostra inicial, foram excluídos os pedidos de primeira consulta cuja especialidade hospitalar não constava da rede de referência do CHSJ, parametrizada no SICTH a 30 de abril de 2016, totalizando 3.544 pedidos, que representaram 0,4% do total.

**Tabela I – Pedidos de consulta excluídos da amostra**

<b>Especialidades</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Apoio Nutricional e Dietética	10	14	27
Multidisciplinar	0	0	2
Neuroradiologia	4	5	10
Outras	70	76	106
Outras consultas por pessoal não médico	71	0	0
Psicologia	2	1	7
Saúde Ocupacional	0	0	1
Senologia	991	1069	1077
(Não aplicável)	0	0	1
<b>Total</b>	<b>1.148</b>	<b>1.165</b>	<b>1.231</b>

Assim, a amostra em estudo abrangeu 279.764 pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar referenciados pelos CSP via SICTH, no período de 1 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2017.

### 4.4. Variáveis

Para a análise do estudo assumiram-se as seguintes variáveis, com respetivas definições ou pressupostos:



#### 4.4.1. Normas Legais

- ✓ Área de Influência - resulta das populações cobertas diretamente pelos hospitais, que podem ser referenciadas pelas unidades de CSP de cada concelho aos respetivos hospitais.

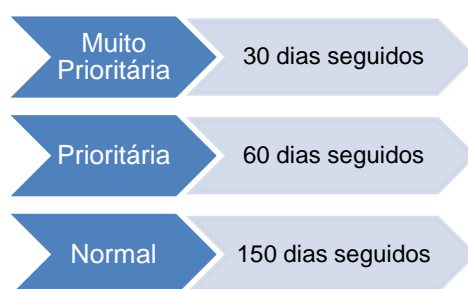
De acordo com o Regulamento Interno, a área de influência do CHSJ, sem prejuízo da liberdade de escolha do estabelecimento hospitalar prevista na Lei ou da organização específica que venha a ser adotada no âmbito das redes de referência, é constituída pelos utentes inscritos nos centros de Saúde ou nas Unidades de Saúde Familiares pertencentes aos Agrupamentos dos Centros de Saúde do Porto Oriental, Maia e Valongo, sendo ainda hospital de referência de segunda linha para os Hospitais dos Distritos de Braga, Viana do Castelo e Porto.

- ✓ Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG): são os tempos máximos de resposta no acesso dos utentes aos cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência.

Na análise foram considerados os TMRG, de acordo com a definição do Ministério da Saúde<sup>7</sup>, para:

- Primeira consulta de especialidade hospitalar (em função de diferentes níveis de prioridade, de patologia oncológica ou cardíaca);

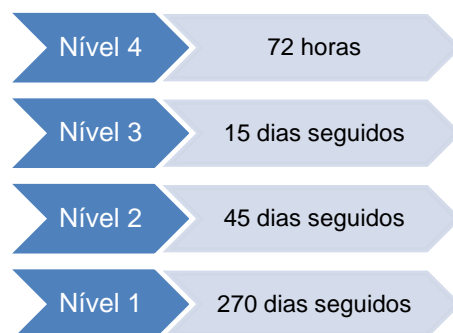
Para primeira consulta de especialidade hospitalar foram determinados os seguintes tempos (dias seguidos contados do registo do pedido da consulta):



- Cirurgia programada (em função de diferentes níveis de prioridade ou de patologia oncológica e cardíaca).

Para a cirurgia programada os tempos definidos (dias seguidos contados da indicação cirúrgica) foram:

<sup>7</sup> Portarias n.º 95/2013, de 4 de março, n.º 153/2017, de 4 de maio, n.º 147/2017, de 27 de abril e Lei 15/2014, de 21 de junho, na redação resultante do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril.



#### 4.4.2. Acesso

- ✓ Procura: número total de pedidos de primeira consulta por data de receção do pedido.
- ✓ Proveniência do pedido: pedido registado no SICTH ou não registado no SICTH.
- ✓ Número de utentes em espera para a consulta (LEC): número de pedidos aguardar consulta médica, independentemente da proveniência do pedido, a 31 de dezembro do respetivo ano.
- ✓ Tempo de espera para a consulta: período de tempo entre o pedido da consulta e a realização da consulta hospitalar (em dias).
- ✓ Tempo médio de espera: tempo médio dos pedidos a aguardar a primeira consulta (em dias) a 31 de dezembro do respetivo ano.
- ✓ Rácio de Primeiras Consultas: ponderação do peso das primeiras consultas no total das consultas realizadas, por ano.
- ✓ % Consultas Realizadas fora do TMRG: número de primeiras consultas realizadas fora do TMRG, conforme legislação em vigor, sobre o total de primeiras consultas realizadas. Nesta análise foram considerados os pedidos de consulta que entraram no CHSJ referenciados via SICTH.
- ✓ Número de entradas em LIC: número de entradas em lista de inscritos para cirurgia, por data de inscrição.
- ✓ Número de utentes em espera LIC: número de pedidos inscritos para cirurgia aguardar intervenção a 31 de dezembro do respetivo ano.
- ✓ Mediana do tempo de espera dos pedidos a aguardar cirurgia (em meses).
- ✓ % Cirurgias realizadas fora do TMRG: número de cirurgias realizadas fora do TMRG, conforme legislação em vigor, sobre o total de cirurgias realizadas.

#### 4.4.3. Hospital

- ✓ Primeiras Consultas Realizadas: número total de primeiras consultas realizadas, por ano.
- ✓ Primeiras Consultas realizadas via SICTH: número total de primeiras consultas realizadas, por ano, cuja proveniência foi o SICTH, ou seja, consultas referenciadas pelos CSP.
- ✓ Número de pedidos de consulta com tempos de espera superior a 150 dias (limite máximo do TMRG para uma consulta normal).
- ✓ Número de cirurgias realizadas: número total de intervenções cirúrgicas programadas realizadas por ano.
- ✓ Quadro Clínico: o número de médicos que exercem funções no hospital distribuídos pelas especialidades que estão subjacentes à sua relação contratual com o hospital (foram excluídos os médicos do 1º ano do internato). Foram considerados os médicos com vínculo definitivo à Instituição e com outro tipo de vínculo (CIT a termo certo e incerto, requisições, destacamentos, prestação de serviços).
- ✓ Horas semanais afetas à consulta externa: somatório das cargas horárias semanais, afetas a cada especialidade de consulta pelos médicos da especialidade.
- ✓ Horas semanais afetas ao bloco operatório: somatório das cargas horárias semanais, afetas ao bloco operatório para cirurgia programada (convencional e ambulatório) pelos médicos da especialidade.

Definidas as variáveis em estudo e tendo como premissa os objetivos propostos, procedeu-se de seguida ao tratamento e análise dos dados com o recurso ao programa informático Microsoft Excel que demonstrou ser suficiente para o tipo de análises desenvolvidas para o efeito.

#### 4.5. Análise e tratamento dos dados

Inicialmente foram analisados os principais indicadores de acesso à consulta externa do CHSJ presentes nos documentos institucionais (Relatório de Acesso e Relatório e Contas) referente ao triénio 2015-2017 que abrange o período de um ano anterior à entrada em vigor do LAC (01/01/2015 a 31/12/2015) e de outro ano após a sua implementação (01/01/2017 a 31/12/2017).

Elaborada a análise aos dados globais da Instituição foi necessário perceber se os resultados obtidos estavam relacionados com a introdução da medida do LAC.

Para tal, procedeu-se à caracterização da área de referenciação, ou seja, tendo em consideração a definição da área de influência do CHSJ, parametrizada no SICTH a 30 de abril de 2016, e identificaram-se os pedidos de primeira consulta com origem na área de influência e fora da mesma.

Para efeitos dessa análise foram tidos em consideração todos os pedidos rececionados durante os anos de 2015, 2016 e 2017, via SICTH, independentemente do estado de triagem e existência de eventuais recusas posteriores.

Posteriormente, foi analisada a evolução do número de pedidos de primeira consulta hospitalar, via SICTH, por especialidade, cuja proveniência não compreendia a área de referência do CHSJ; e o peso destes pedidos no total de pedidos de consulta.

Foi igualmente, calculada a variação do número de pedidos de consulta em espera (LEC), a 31 de dezembro de 2017 face aos pedidos em espera a 31 de dezembro de 2015.

De seguida procedeu-se à análise, individual, das 10 especialidades que registaram a maior variação, em termos absolutos, de pedidos de primeira consulta via SICTH com proveniência fora da área de influência do CHSJ.

Com vista a perceber o impacto que a medida teve no acesso às diferentes especialidades analisou-se a procura, a produção realizada, os recursos humanos afetos e, no que concerne às especialidades com atividade cirúrgica, procurou-se avaliar a evolução dos respetivos indicadores.

## 5. Resultados

Os dados oficiais da Instituição mostram a seguinte evolução dos principais indicadores de acesso à primeira consulta de especialidade no CHSJ, no triénio 2015-2017.

**Tabela II – Principais indicadores de acesso à consulta no CHSJ**

Indicador	2015	2016	2017	Δ 17/15		Δ 17/16	Δ 16/15
				%	abs.		
<b>N.º utentes em espera (LEC)</b>	<b>44.986</b>	<b>59.507</b>	<b>73.840</b>	<b>64,1%</b>	<b>28.854</b>	<b>24,1%</b>	<b>32,3%</b>
Provenientes do SI CTH	28.803	39.129	47.363	64,4%	18.560	21,0%	35,9%
% SI CTH	64%	66%	64%	0,2%	0%	-2,5%	2,7%
Média TE (LEC) dias, total pedidos	101	126	169	67,3%	68	34,1%	24,8%
Média TE (LEC) dias, via SI CTH	106	128	173	63,2%	67	35,6%	20,3%
Pedidos TE > 150 dias	9.484	17.615	31.394	231,0%	21.910	78,2%	85,7%
<b>N.º pedidos de 1ª consulta</b>	<b>161.904</b>	<b>176.668</b>	<b>178.786</b>	<b>10,4%</b>	<b>16.882</b>	<b>1,2%</b>	<b>9,1%</b>
Registados no CTH	86.023	97.000	96.741	12,5%	10.718	-0,3%	12,8%
% Pedidos 1º consulta inscritos CTH	53,1%	54,9%	54,1%	1,8%	1,0%	-1,4%	3,3%
<b>N.º Total de Primeiras Consultas Realizadas</b>	<b>201.844</b>	<b>205.047</b>	<b>204.882</b>	<b>1,5%</b>	<b>3.038</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,6%</b>
Via SI CTH	63.574	66.303	65.706	3,4%	2.132	-0,9%	4,3%
% 1as consultas realizadas via SI CTH	31,5%	32,3%	32,1%	1,8%	0,6%	-0,8%	2,7%
<b>% de Primeiras Consultas</b>	<b>25,9%</b>	<b>25,9%</b>	<b>26,2%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,4%</b>	<b>1,2%</b>	<b>0,1%</b>
<b>% Consultas Realizadas dentro do TMRG</b>	<b>72,8%</b>	<b>73,1%</b>	<b>63,3%</b>	<b>-13,0%</b>	<b>-9,5%</b>	<b>-13,5%</b>	<b>0,5%</b>

**Fonte:** Elaboração própria, dados extraídos do SICTH e Relatórios de Acesso.

À data de 31 de dezembro de 2017 aumentou em 18.560 o número de utentes que aguardavam uma primeira consulta de especialidade no CHSJ, referenciados pelo CSP face a 2015, o que representou um aumento de 64,4% na LEC, com o agravamento do respetivo tempo médio de espera em 67 dias (63,2%).

No cômputo global, o CHSJ terminou 2017 com uma lista de espera para a consulta de 73.840 utentes, representando um acréscimo de 64,1% face a 2015, sendo que, 42,5% (31.394) dos pedidos para primeira consulta estavam com tempo de espera superior a 150 dias (tempo máximo de resposta garantido), registando-se um aumento de 231% face aos valores de 2015.

Após a entrada em vigor do LAC, o CHSJ teve um aumento da procura de primeira consulta de especialidade em 10,4%. Em 2017 foram rececionados mais 16.882 pedidos face a 2015. Efetivamente houve um aumento dos pedidos de primeira

consulta hospitalar referenciados pelos CSP, via SICTH, que aumentaram de 86.023 em 2015 para 96.741 em 2017, o que representou um acréscimo de 12,5%.

Ao longo do triénio não se verificaram oscilações significativas no peso dos pedidos de primeira consulta referenciados pelos CSP, através do SICTH. Em 2017, 54,1% dos pedidos para primeira consulta de especialidade no CHSJ foram via SICTH.

Quando analisado o número total de primeiras consultas realizadas em 2017, verificou-se um ligeiro aumento de 1,5%, face a 2015 (+3.038 consultas), que não foi suficiente para acompanhar o incremento registado na procura (10,4%). Note-se ainda que a percentagem de primeiras consultas realizadas dentro do TMRG diminuiu, em 13%.

De salientar que apesar da procura, o rácio de primeiras consultas manteve-se constante ao longo do triénio, registando um ligeiro acréscimo (1,4%).

Ao longo do triénio, verificou-se ainda que apenas 32% do total de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas resultaram da referenciação por parte dos CSP, através do SICTH, sendo as restantes resultante de pedidos de consulta intra e inter hospitalares.

No que respeita ao cumprimento dos TMRG por prioridade definidos de acordo com a legislação em vigor, conforme Tabela III, verificou-se que a evolução por nível de prioridade foi desigual.

**Tabela III – TMRG legislados vs Tempos de Resposta do CHSJ**

	Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG		Tempos de Resposta do CHSJ			Δ 17/15	Δ 17/16	Δ 16/15
				2015	2016	2017			
Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar	De realização "muito prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	30 (trinta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde	(dias)	21,1	17,9	16,0	-24%	-11%	-15%
	De realização "prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	60 (sessenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde	(dias)	40,4	45,8	44,6	10%	-3%	13%
	De realização "normal" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	150 (cento e cinquenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde	(dias)	121,2	101,1	104,1	-14%	3%	-17%

**Fonte:** Elaboração própria, dados SICTH e Relatório de Acesso

Ao nível das primeiras consultas de especialidade, com prioridade "muito prioritária" e "normal" o CHSJ apresentou uma melhoria no seu tempo de resposta, em 5,1 e 17,1 dias, respetivamente. Pelo contrário, as primeiras consultas com triagem "prioritária" registaram um agravamento de 4,6 dias.

Não obstante, urge referir que os tempos de resposta de 2017 do CHSJ estão dentro dos prazos legalmente estabelecidos.

Numa análise global e comparando os períodos antes da entrada em vigor da medida (2015) e após (2017), verificou-se que o aumento da procura (+10,4% de novos pedidos de consulta de especialidade) foi superior ao aumento da produção (+1,5% do número de primeiras consultas realizadas), o que originou uma deterioração dos indicadores de acesso na consulta. Neste sentido, importa perceber qual foi o impacto do LAC nesse resultado.

Desta forma, procurou analisar-se se este incremento da procura foi resultado da liberdade de acesso, ou seja, pedidos de consulta de utentes com proveniência fora da área de referência ou ficou a dever-se a um aumento da procura por parte dos utentes da área de referência do CH. Para tal, analisou-se a evolução dos pedidos de primeira consulta hospitalar, referenciados pelos CSP, via SICTH de utentes fora da área de influência do CHSJ.

Conforme se apresenta na Tabela IV, aquando da análise da proveniência dos pedidos de consulta verificou-se que os pedidos de primeira consulta, via SICTH, rececionados no triénio 2015-2017, com proveniência fora da área de influência apresentam um aumento substancial ao longo do período em análise.

**Tabela IV** – Proveniência dos pedidos de 1ª consulta de especialidade hospitalar via SICTH do CHSJ

Pedidos de primeira consulta CHSJ via SI CTH	2015	2016	2017	Δ 17/15		Δ 17/16	Δ 16/15
				%	abs.		
<b>Total pedidos rececionados</b>	<b>86.023</b>	<b>97.000</b>	<b>96.741</b>	<b>12,5%</b>	<b>10.718</b>	<b>-0,3%</b>	<b>12,8%</b>
N.º pedidos rececionados fora da área de referência	4.321	18.393	25.554	491,4%	21.233	38,9%	325,7%
N.º pedidos rececionados dentro da área de referência	81.702	78.607	71.187	-12,9%	-10.515	-9,4%	-3,8%
<b>% pedidos fora da área de referência</b>	<b>5,0%</b>	<b>19,0%</b>	<b>26,4%</b>	<b>425,9%</b>		<b>39,3%</b>	<b>277,5%</b>

**Fonte:** Elaboração própria, dados SICTH.

Antes da entrada em vigor do LAC os pedidos “fora da área de referência” representavam 5,0% do total de pedidos rececionados e final de 2017 representavam 26,4%.

Deste modo, no final de 2017 o CHSJ teve um acréscimo de 21.233 pedidos de pedidos de primeira consulta hospitalar fora da sua área de referência face aos pedidos registados no ano de 2015.

Esta análise permitiu concluir que o crescimento da procura, via SICTH, teve como origem um aumento da procura por parte dos utentes com proveniência fora da área de referência do CHSJ e, uma diminuição de 12,9% (-10.515 pedidos), face a 2015, dos pedidos dos utentes da área de referência desta Instituição.

De seguida, importa analisar o impacto do LAC na procura da primeira consulta do CHSJ por especialidade.

A Tabela V apresenta a evolução do número de pedidos de primeira consulta hospitalar, por especialidade, referenciados pelos CSP via SICTH, no triénio 2015-2017, por proveniência (fora e dentro da área de influência do hospital), bem como o peso da especialidade no número total de pedidos com proveniência fora da área de referência do CHSJ.

**Tabela V** – Evolução do n.º de pedidos de 1ª consulta hospitalar no triénio 2015-2017, referenciados pelos CSP, por especialidade e o peso da referenciação de pedidos fora da área de influência do CHSJ

Especialidade	Pedidos fora área referência				Pedidos da área referência				%pedidos fora da área no total dos pedidos		%face total do n.º pedidos fora área 2017
	2015	2016	2017	Δ 17/15 abs.	2015	2016	2017	Δ 17/15 abs.	2015	2017	
Ortopedia	220	2.174	2.958	2.738	7.420	7.534	6.581	-839	3%	31%	12%
Oftalmologia	365	2.096	2.502	2.137	13.725	12.271	9.598	-4.127	3%	21%	10%
Otorrinolaringologia	140	1.450	1.845	1.705	5.179	5.222	4.858	-321	3%	28%	7%
Cirurgia Geral	263	1.178	1.799	1.536	5.137	4.994	4.801	-336	5%	27%	7%
Dermato-Venereologia	302	1.234	1.690	1.388	8.916	7.560	6.892	-2.024	3%	20%	7%
Estomatologia	187	733	1.133	946	5.331	5.126	4.673	-658	3%	20%	4%
Urologia	169	740	1.022	853	2.195	1.991	1.863	-332	7%	35%	4%
Cardiologia	103	772	928	825	1.230	1.420	1.162	-68	8%	44%	4%
Gastroenterologia	68	558	875	807	1.581	1.660	1.450	-131	4%	38%	3%
Ginecologia	93	552	858	765	3.798	3.392	3.376	-422	2%	20%	3%
Neurologia	66	460	774	708	1.923	1.960	1.725	-198	3%	31%	3%
Psiquiatria	50	346	738	688	1.697	1.698	1.531	-166	3%	33%	3%
Angiologia e Cirurgia Vascular	108	499	783	675	3.721	3.463	3.285	-436	3%	19%	3%
Reumatologia	52	500	711	659	1.558	1.695	1.591	33	3%	31%	3%
Neurocirurgia	77	465	708	631	2.708	2.847	2.741	33	3%	21%	3%
<b>Total Geral</b>	<b>4.321</b>	<b>18.393</b>	<b>25.554</b>	<b>21.233</b>	<b>81.702</b>	<b>78.607</b>	<b>71.187</b>	<b>-10.515</b>	<b>5,0%</b>	<b>26,4%</b>	<b>100,0%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

Após a entrada em vigor do LAC, todas as especialidades registaram um aumento do número de pedidos de primeira consulta, via SICTH, com proveniência fora da área de referência do CHSJ.

As especialidades que registaram maior número de pedidos de primeira consulta via SICTH provenientes fora da área de referência foram sobretudo as especialidades cirúrgicas, nomeadamente Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Estomatologia e Urologia que totalizaram 51% do total dos pedidos de primeira consulta com origem fora da área de referência do CHSJ. Destacam-se dentro das especialidades médicas a Dermato-Venereologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Psiquiatria e Reumatologia.



No que respeita aos pedidos de primeira consulta de utentes da área de referência do CHSJ verificou-se uma diminuição de 12,9% (-10.515), sendo que este comportamento foi generalizado a todas as especialidades.

**Tabela VI** – Evolução do n.º total de pedidos de 1ª consulta hospitalar referenciados pelos CSP via SICTH

Especialidade	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %
Ortopedia	7.640	9.539	1.899	24,9%
Oftalmologia	14.090	12.100	-1.990	-14,1%
Otorrinolaringologia	5.319	6.703	1.384	26,0%
Cirurgia Geral	5.400	6.600	1.200	22,2%
Dermato-Venereologia	9.218	8.582	-636	-6,9%
Estomatologia	5.518	5.806	288	5,2%
Urologia	2.364	2.885	521	22,0%
Cardiologia	1.333	2.090	757	56,8%
Gastroenterologia	1.649	2.325	676	41,0%
Ginecologia	3.891	4.234	343	8,8%
Neurologia	1.989	2.499	510	25,6%
Psiquiatria	1.747	2.269	522	29,9%
Angiologia e Cirurgia Vascular	3.829	4.068	239	6,2%
Reumatologia	1.610	2.302	692	43,0%
Neurocirurgia	2.785	3.449	664	23,8%
<b>Total Geral</b>	<b>86.023</b>	<b>96.741</b>	<b>10.718</b>	<b>12,5%</b>

**Fonte:** Elaboração própria.

Conforme se verifica pela Tabela VI, o número total de pedidos de primeira consulta hospitalar do CHSJ, referenciados pelos CSP, registou um aumento de 12,5%,

Apenas as especialidades de Oftalmologia e Dermato-Venereologia registaram uma diminuição da procura.

Como se pode constatar pela Tabela VII, as especialidades que verificaram os maiores aumentos em termos de pedidos de primeira consulta, referenciados pelos CSP, são também aquelas em que assistimos ao crescimento do número de utentes em espera e respetivos tempos de espera, quando comparado com o período anterior ao LAC (2015).

**Tabela VII** – Evolução da lista de espera e tempos de médios de espera, dos pedidos de primeira consulta referenciados pelos CSP via SICTH

Especialidade	LEC (a 31 de dezembro)				Média TE da LEC (dias)		
	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	2015	2017	Δ 17/15 abs.
Ortopedia	2.063	5.229	3.166	153%	55	136	81
Oftalmologia	6.250	12.337	6.087	97%	96	219	123
Otorrinolaringologia	984	2.407	1.423	145%	42	82	40
Cirurgia Geral	2.169	4.586	2.417	111%	116	228	112
Dermato-Venereologia	5.471	5.153	-318	-6%	150	195	45
Estomatologia	1.685	1.739	54	3%	76	85	9
Urologia	593	1.003	410	69%	67	110	44
Cardiologia	83	311	228	275%	30	84	54
Gastroenterologia	204	593	389	191%	36	79	43
Ginecologia	1.055	1.416	361	34%	70	79	9
Neurologia	553	1.114	561	101%	66	111	45
Psiquiatria	418	864	446	107%	56	93	37
Angiologia e Cirurgia Vascular	190	948	758	399%	19	59	40
Reumatologia	742	1.149	407	55%	94	161	67
Neurocirurgia	798	1.526	728	91%	69	121	52
<b>Total Geral</b>	<b>28.803</b>	<b>47.363</b>	<b>18.560</b>	<b>64%</b>	<b>106</b>	<b>173</b>	<b>67</b>

**Fonte:** Elaboração própria

Em 2017, a lista de espera da consulta sofreu um acréscimo significativo (+18.560 pedidos) face a 2015. Os utentes em espera para primeira consulta das especialidades de Ortopedia, Oftalmologia e Cirurgia Geral representaram 63% do total do aumento registado. Apenas a especialidade de Dermato-venereologia apresentou uma diminuição da sua lista de espera (-318 utentes).

Como consequência deste aumento da lista de espera verificou-se um agravamento generalizado dos tempos médios de espera. A evidenciar os aumentos registados nas especialidades de Oftalmologia e Cirurgia Geral de 123 dias e 112 dias respetivamente.

Ao nível dos tempos de resposta, importa ainda destacar o aumento substancial do número de pedidos de primeira consulta com tempo de espera acima dos 150 dias (TMRG para uma consulta de especialidade com prioridade “normal), conforme se verifica na Tabela VIII.

**Tabela VIII** – Evolução do n.º de pedidos aguardar uma primeira consulta, com tempo de espera superior a 150 dias

Especialidade	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %
Ortopedia	3	2.418	2.415	80500%
Oftalmologia	1.294	8.347	7.053	545%
Otorrinolaringologia	0	136	136	
Cirurgia Geral	553	2.564	2.011	364%
Dermato-Venereologia	2.681	2.790	109	4%
Estomatologia	162	230	68	42%
Urologia	42	298	256	610%
Cardiologia	0	53	53	
Gastroenterologia	1	71	70	7000%
Ginecologia	53	117	64	121%
Neurologia	28	298	270	964%
Psiquiatria	6	157	151	2517%
Angiologia e Cirurgia Vascular	0	59	59	
Reumatologia	167	649	482	289%
Neurocirurgia	9	565	556	6178%
<b>Total Geral</b>	<b>6.558</b>	<b>21.272</b>	<b>14.714</b>	<b>224%</b>

**Fonte:** Elaboração própria

As especialidades de Oftalmologia, Ortopedia e Cirurgia Geral registaram o maior agravamento deste indicador.

Importa analisar a evolução da atividade assistencial face ao aumento da procura ocorrido entre 2017 e 2015 em virtude da implementação da medida do livre acesso.

**Tabela IX** – Evolução do n.º de primeiras consultas realizadas, provenientes SICTH e % de consultas realizadas dentro dos TMRG

Especialidade	1ª Consultas Realizadas				% 1ª Consultas Realizadas Dentro do TMRG		
	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	2015	2017	Δ 17/15 %
Ortopedia	6.039	6.100	61	1,0%	98%	25%	-75%
Oftalmologia	9.700	7.112	-2.588	-26,7%	45%	6%	-86%
Otorrinolaringologia	5.166	5.222	56	1,1%	99%	92%	-7%
Cirurgia Geral	4.980	4.794	-186	-3,7%	84%	72%	-14%
Dermato-Venereologia	6.150	6.190	40	0,7%	30%	50%	69%
Estomatologia	4.179	3.998	-181	-4,3%	54%	88%	62%
Urologia	1.859	1.615	-244	-13,1%	89%	64%	-28%
Cardiologia	687	935	248	36,1%	99%	90%	-9%
Gastroenterologia	1.163	1.455	292	25,1%	99%	63%	-37%
Ginecologia	2.708	2.902	194	7,2%	92%	75%	-18%
<b>Total Geral</b>	<b>63.574</b>	<b>65.706</b>	<b>2.132</b>	<b>3,4%</b>	<b>73%</b>	<b>63%</b>	<b>-13%</b>

**Fonte:** Elaboração própria

Conforme se pode observar na Tabela IX, registou-se um aumento de 3,4% no número de primeiras consultas realizadas referenciadas pelos CSP, ou seja foram realizadas em 2017 mais 2.132 consultas face a 2015. A destacar as especialidades de Gastroenterologia (+292), Cardiologia (+248) e Ginecologia (+194). Em sentido oposto, importa salientar as especialidades de Oftalmologia com uma diminuição de 26,7% (-2.588 consultas) e Urologia de 13,1% (-244) no número de primeiras consultas realizadas.

No que respeita à percentagem de primeiras consultas realizadas dentro dos TMRG verificou-se uma diminuição de 13%. Para este resultado contribuiu a especialidade de Oftalmologia, sendo que em 2017 apenas 6% das primeiras consultas realizadas estiveram dentro dos prazos legalmente estabelecidos.

Importa relacionar a variação da atividade assistencial da consulta externa com a afetação dos recursos humanos, nomeadamente pessoal médico.

**Tabela X** – Evolução do n.º de médicos e horas semanais afetos à consulta externa vs variação da produção de consultas externas realizadas (primeiras e subsequentes)

Especialidade	Médicos afetos à Consulta Externa				Horas Semanais afetas à Consulta Externa				Total Cons. Real. (1ª+Subs)
	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	Δ 17/15 %
Ortopedia	32	39	7	21,9%	160,8	271,2	110,4	68,7%	-1,8%
Oftalmologia	38	43	5	13,2%	608,8	567,6	-41,2	-6,8%	-12,5%
Otorrinolaringologia	16	19	3	18,8%	197,5	193,8	-3,7	-1,9%	5,6%
Cirurgia Geral	35	53	18	51,4%	231,7	334,2	102,5	44,2%	4,0%
Dermato-Venereologia	13	19	6	46,2%	262,3	321,0	58,7	22,4%	-2,9%
Estomatologia	24	22	-2	-8,3%	720,8	803,0	82,2	11,4%	-4,5%
Urologia	15	16	1	6,7%	103,7	67,0	-36,7	-35,4%	-1,7%
Cardiologia	19	38	19	100,0%	113,6	160,0	46,4	40,8%	13,0%
Gastroenterologia	13	17	4	30,8%	134,3	173,8	39,5	29,4%	-0,3%
Ginecologia	19	17	-2	-10,5%	245,2	143,5	-101,7	-41,5%	-2,1%

**Fonte:** Elaboração própria

Conforme se pode observar pela Tabela X, uma variação do número de médicos afetos à atividade de consulta externa pode não corresponder em igual modo à variação do número de horas semanais afetas a essa atividade.

Nas especialidades de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia apesar de se ter verificado um aumento do número de pessoal médico, as horas semanais afetas à atividade de consulta externa diminuiu.

Nem sempre um aumento da dotação de horas semanais de pessoal médico afetas à atividade assistencial de consulta externa culmina no aumento do número total de consultas realizadas, são exemplo disso as especialidades de Ortopedia, Dermato-Venereologia, Gastroenterologia e Estomatologia, que apesar de terem reforçado a carga horária semanal diminuíram a produção do número de consultas.

Na especialidade de Oftalmologia a diminuição em 6,8% (-41,2h) das horas semanais afetas à consulta externa originou na redução da produção desta atividade em 12,5%.

Tal como referido anteriormente, as especialidades cirúrgicas foram as que registaram uma maior procura de primeira consulta. Desta forma importa perceber qual o efeito do LAC ao nível da atividade cirúrgica.

**Tabela XI – Evolução dos principais indicadores da atividade cirúrgica**

Especialidade	N.º de entradas em LIC				N.º de utentes em espera - LIC				N.º de Cirurgias Programadas Realizadas			
	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %	2015	2017	Δ 17/15 abs.	Δ 17/15 %
Ortopedia	4.150	4.787	637	15,3%	1.119	2.042	923	82,5%	3.549	3.409	-140	-3,9%
Oftalmologia	12.554	15.496	2.942	23,4%	311	728	417	134,1%	11.691	13.647	1.956	16,7%
Otorrinolaringologia	2.239	2.351	112	5,0%	978	1.184	206	21,1%	1.618	1.706	88	5,4%
Cirurgia Geral	6.031	4.885	-1.146	-19,0%	1.497	1.558	61	4,1%	5.392	3.895	-1.497	-27,8%
Dermato-Venereologia	1.324	895	-429	-32,4%	90	102	12	13,3%	1.302	743	-559	-42,9%
Estomatologia	1.776	1.741	-35	-2,0%	686	515	-171	-24,9%	1.290	1.571	281	21,8%
Urologia	2.285	2.085	-200	-8,8%	562	859	297	52,8%	1.922	1.762	-160	-8,3%
Ginecologia	1.899	1.929	30	1,6%	338	613	275	81,4%	1.667	1.593	-74	-4,4%
<b>Total Geral</b>	<b>44.019</b>	<b>46.604</b>	<b>2.585</b>	<b>5,9%</b>	<b>8.451</b>	<b>11.571</b>	<b>3.120</b>	<b>36,9%</b>	<b>38.595</b>	<b>38.695</b>	<b>100</b>	<b>0,3%</b>

**Fonte:** Elaboração própria

Registou-se no aumento do número de entradas de utentes na lista de inscritos para cirurgia (LIC) em 5,9%, entre 2015 e 2017.

Conforme se pode verificar na Tabela XI, a variação do número de entradas em LIC foi desigual entre as especialidades em análise. A destacar, o aumento de 2.942 (+23,4%) entradas na especialidade de Oftalmologia e a diminuição de 1.146 (-19,0%) em Cirurgia Geral e 429 (-32,4%) em Dermato-Venereologia.

Com exceção da especialidade de Estomatologia verificou-se um aumento da LIC do CHSJ em 3.120 utentes bem como uma deterioração do tempo de espera.

No que respeita à evolução de cirurgias programadas realizadas verificou-se um ligeiro aumento de 0,3%. A evidenciar a especialidade de Oftalmologia com um aumento de 16,7% (+1.956) e Cirurgia Geral com uma diminuição de 27,8% (-1.497).



## 6. Discussão

### 6.1. Principais Resultados

Este estudo procurou determinar o efeito do livre acesso e circulação de utentes no SNS na atividade assistencial do CHSJ, no que respeita às listas de espera para consulta e de inscritos para cirurgia e tempos médios de espera. A metodologia utilizada permitiu analisar a evolução dos indicadores de acesso à consulta externa, nomeadamente no cálculo da variação da procura (pedidos), na respetiva lista e tempos de espera comparando o ano que antecedeu a entrada em vigor do LAC (01/janeiro/2015 a 31/dezembro/2015) e o que sucedeu após a sua implementação (01/janeiro/2017 a 31/dezembro/2017).

Do estudo realizado salientam-se os principais resultados:

- ✓ Com a entrada em vigor do LAC, o CHSJ aumentou os pedidos de primeira consulta hospitalar referenciados pelos CSP, via SICTH, em 12,5%. No global, o CHSJ teve um aumento da procura de primeira consulta de especialidade em 10,4%, em 2017 foram rececionados mais 16.882 pedidos face a 2015.
- ✓ À data de 31 de dezembro de 2017 haviam mais 18.560 (+64,4%) utentes que aguardavam uma primeira consulta de especialidade no CHSJ, referenciados pelos CSP, face a 2015.
- ✓ O tempo médio de espera para uma primeira consulta de especialidade aumentou em 67 dias.
- ✓ O número de pedidos de primeira consulta de especialidade de utentes com proveniência fora da área de referência do CHSJ, em 2017, representava 26,4%, registando um aumento de 21.233 pedidos face a 2015 (num total de aumento de 10.718 pedidos ao longo do período em análise).
- ✓ Os pedidos de primeira consulta de especialidade referenciados pelos CSP de utentes provenientes da área de referência do CHSJ diminuíram em 12,9%.
- ✓ As especialidades que registaram maior aumento da procura de utentes com proveniência fora da área de referência foram Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral e Dermatologia.

## 6.2. Interpretação dos resultados e comparação com outros estudos

A introdução da medida do LAC em Portugal teve como objetivo assegurar o acesso equitativo e atempado às instituições do SNS, nomeadamente no cumprimento dos TMRG, na maximização da capacidade instalada do SNS e no aumento da eficiência e qualidade (Portal SNS; 2018), bem como criar concorrência para incentivar a melhor qualidade dos cuidados.

Após a entrada em vigor desta medida o CHSJ registou um aumento da sua procura na consulta de especialidade referenciada pelos CSP, via SICTH, em 12,5% (em 2017 face a 2015). Conclui-se que o aumento da procura da primeira consulta de especialidade deveu-se exclusivamente à procura por parte de utentes com proveniência fora da área de referência do CHSJ, uma vez que o aumento do número de pedidos de primeira consulta, por parte de utentes provenientes de fora da área de referência do CHSJ, foi superior ao valor da redução dos pedidos dos utentes da área de referência.

A exceção a este aumento da procura foram as especialidades de Oftalmologia e Dermato-Venereologia que registaram uma diminuição da procura. Este comportamento poderá estar relacionado pelo facto das referidas especialidades serem as que a 31 de dezembro de 2015 mais utentes tinham em lista de espera para uma primeira consulta de especialidade, 6.250 e 5.471 utentes respetivamente.

Em 2017, 26,4% dos pedidos para uma primeira consulta de especialidade referenciados pelos CSP, via SICTH, para o CHSJ eram de utentes de fora da área de referência. A nível nacional, o total de pedidos com origem fora da área de referência do utente fixou-se em 10,6% (ACSS; 2017).

As especialidades que registaram maior procura com proveniência fora da área de referência do CHSJ foram Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral e Dermatologia, que vai ao encontro da tendência nacional, de acordo com os dados divulgados pela ACSS (ACSS; 2017).

No cômputo global Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Geral e Cardiologia foram aquelas onde se registou o maior número de pedidos de consulta.

Quanto à proveniência dos pedidos para uma primeira consulta, apenas 54,1% dos pedidos rececionados em 2017 foram via SICTH, ou seja, pedidos referenciados pelos CSP, enquanto que os restantes resultaram de referência intra e inter hospitalar.



Ao não ser universal, o SICTH não garante a todos os utentes as mesmas condições de acesso. Sendo que a introdução do LAC não alterou este rácio.

Sendo o CTH o sistema que permite a referenciação de pedidos de primeira consulta de especialidade e visa assegurar o acesso equitativo, atempado e transparente, às instituições do SNS, importa referir que em 2017 apenas 32,1% do total de primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas no CHSJ foram referenciadas via este sistema, sendo que a nível nacional a taxa situou-se nos 34,2% (ACSS; 2017).

As especialidades em que se verificaram os maiores aumentos em termos de referenciação fora da área de referência foram também aquelas onde se assistiu ao crescimento do número de utentes em espera, bem como ao aumento dos tempos médios de espera para a primeira consulta de especialidade, quando comparado com o período antes da entrada em vigor do LAC (2017 vs 2015), designadamente Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia Geral.

No que concerne ao cumprimento dos TMRG, apesar do CHSJ estar dentro dos limites legais, verificou-se que em alguns níveis de prioridade os mesmos registaram uma deterioração. Observou-se igualmente uma diminuição de 13% do número de consultas realizadas dentro do TMRG. Em 2017, 63% das consultas realizadas no CHSJ foram dentro do TMRG, a nível nacional este valor fixou-se nos 72% (ACSS;2017).

Apesar do aumento da procura, nem todas as especialidades registaram um aumento da produção. As especialidades que registaram um acréscimo na realização de primeiras consultas tiveram, todavia, uma diminuição da sua atividade cirúrgica, sendo que nas especialidades de Ortopedia e a Urologia o decréscimo foi em ambas as atividades.

Em suma, comparando os períodos antes da entrada em vigor da medida (2015) e após (2017), verifica-se que o aumento da procura (+10,4% de novos pedidos de consulta de especialidade) foi superior ao aumento da produção (+1,5% do número de primeiras consultas realizadas) originando uma deterioração dos indicadores de acesso na consulta.

Tal como seria expetável o aumento da procura da consulta resultou no aumento de entradas de utentes na lista de inscritos para cirurgia (LIC), em 5,9%.

Analizados os efeitos da deslocação da procura, importa refletir sobre o comportamento do lado da oferta.

A pouca flexibilidade do sistema no que concerne à adaptação dos recursos, nomeadamente humanos e materiais é um constrangimento fulcral.

No CHSJ a dotação ao nível dos recursos humanos não acompanhou o aumento da procura. Nem todas as especialidades registaram um aumento do número de horas semanais afetas à consulta externa, tendo-se inclusive registado diminuições que possivelmente contribuíram para o aumento da LEC e tempos médios de espera. Também ao nível da atividade cirúrgica verificou-se uma diminuição das horas afetas, nomeadamente em Ortopedia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Urologia.

No final de 2017 o número total de recursos humanos ETC (equivalente a tempo completo) no CHSJ era inferior ao de 2015 (Relatório & Contas 2017; 2018). Para esta situação advém os constrangimentos atuais na contratação de recursos humanos, nomeadamente a falta de autonomia do órgão de gestão em contratar e as limitações legais às contratações inclusive no que respeita à substituição dos profissionais reformados ou doentes, previsto na legislação de execução orçamental (Lei n.º 82-B/2014).

Recorde-se, igualmente, que o ano de 2017 ficou marcado por um considerável número de paralisações devido à conflitualidade laboral que impactou significativamente no normal funcionamento da atividade programada. Outra situação relevante foi a passagem das 40 para as 35 horas de trabalho ocorrida em 2016. Importa também referir que o Decreto Lei n.º 33/2018 veio determinar que as instituições não podem aumentar as despesas com prestação de serviços.

Habitualmente, a adaptação da oferta à procura na planificação estratégica das instituições é da responsabilidade do respetivo órgão de gestão, no entanto, no contexto atual em que a centralização da decisão não está nas instituições hospitalares estas não dispõem de instrumentos que permitam dar uma resposta adequada e tempestiva a esta medida do livre acesso, nomeadamente no que respeita à contratação de pessoal e realização de investimento.

A liberdade de escolha nos sistemas públicos de saúde implica a necessidade de implementação de importantes reformas no seu funcionamento e nas estratégias de gestão (Lacalle; 2008).

Consolidado este processo de liberdade de escolha existe uma questão de gestão fundamental no SNS que importa pensar desde já: o fluxo dos utentes. Se o fluxo dos utentes for todo na mesma direção? Se o utente escolher uma unidade hospitalar fora da sua área de residência tendo como critério apenas o tempo de espera, então o próprio funcionamento do processo de escolha irá encontrar o equilíbrio. No entanto,

se o motivo de escolha for outro, verificar-se-ão desequilíbrios com provável insatisfação dos doentes e com crescentes tempos de espera.

Os dados da ACSS mostram uma grande concentração das escolhas dos utentes para primeiras consultas de especialidade nos grandes hospitais de Lisboa e Porto. Esta situação poderá provocar uma rutura dos centros hospitalares centrais, vocacionados para patologias mais graves e diferenciados sobrecarregando-os com casos menos diferenciados.

Até à data verifica-se uma ausência de uma orientação política para estratégias de gestão, que revelem a intenção de encerrar ou reduzir os serviços que estejam a perder utentes e reforçar os serviços sobrelotados, o que culminará na existência de serviços sobrecarregados sem capacidade de crescimento e, serviços esvaziados que continuam a funcionar com recursos afetos.

Outra questão essencial que esta medida não acoplou foi o financiamento. A implementação da medida de liberdade de escolha terá que forçar o financiador (Estado) a identificar os diferentes fluxos dos utentes nos hospitais e adaptar o financiamento a esta nova realidade.

Para que haja implicações práticas é necessário que o pagamento acompanhe a procura, ou seja, que se estabeleça um mecanismo que premeie as instituições com melhor desempenho e penalize as outras. O sistema deverá penalizar a má performance, por exemplo diminuindo o financiamento no ano seguinte, e premiar a boa gestão, permitindo que a instituição use o excedente gerado na melhoria dos equipamentos, incentivos às equipas, entre outros.

Atualmente, o financiamento das unidades hospitalares tem subjacente o princípio de orçamento-global, isto significa que o nível prospetivo dos proveitos operacionais estimados, fixados no Contrato-Programa no final do ano anterior (ou no início do ano em causa), é o limite máximo ao financiamento que cada hospital do SNS poderá obter. A remuneração da atividade contratada resulta, pois, limitada ao valor máximo estabelecido em sede de Contrato-Programa.

Normalmente se a procura aumenta num determinado ano, deverá ser contratado um nível de atividade superior no ano seguinte, o que aumentará o financiamento. Ora, isso não tem acontecido, mantendo-se níveis de financiamento não relacionados com variações de atividade. A existência de um subfinanciamento das instituições aliado à ausência de incentivos financeiros com vista a atrair mais utentes poderá limitar o impacto desta medida.

A contratualização com as instituições hospitalares deve considerar a procura de utentes fora da área de referenciação, com vista a aumentar ou diminuir o orçamento face a essa variável. Ou seja, o orçamento deve ser reforçado nas instituições mais procuradas e reduzido nas menos procuradas.

### **6.3. Limitação do Estudo**

Com a implementação da medida da liberdade de escolha, importa perceber um aspeto importante na evolução da mesma: o que motiva a escolha dos utentes. A principal limitação do presente trabalho é não ter sido possível obter informação suficiente para realizar um estudo analítico aos fatores que influenciam a decisão do utente no momento da escolha da unidade hospitalar.

Outra limitação prende-se com a utilização de dados de apenas um hospital que poderá não ser representativo da realidade nacional.

A ausência de dados sobre as razões para a escolha do CHSJ na procura dos utentes provenientes de fora da área de referência, bem como a ausência de dados detalhados por utente não permitir obter o perfil dos mesmos, constituindo outra limitação do estudo.

Num futuro será preciso um estudo mais detalhado com dados mais específicos de vários hospitais.

## 7. Considerações Finais

A introdução da LAC dos utentes no SNS, implementado em maio de 2016 alterou o paradigma de acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

A medida cujo objetivo era assegurar o acesso equitativo e atempado às Instituições do SNS, nomeadamente o cumprimento escrupuloso dos TMRG foi uma das principais orientações da Tutela.

Após a consolidação da sua implementação, procedeu-se a análise do impacto da mesma no CHSJ. O presente estudo mostrou que a medida teve um impacto significativo na procura do CHSJ. Em 2017, a Instituição teve um aumento substancial da procura de primeira consulta de especialidade em resultado dos pedidos com origem fora da sua área de referência. Do aumento da procura adveio um agravamento dos tempos médios de espera, na maioria das especialidades e uma percentagem significativa de primeiras consultas realizadas em 2017 estiveram acima do TMRG.

O aumento da procura foi superior ao aumento da produção originando uma deterioração dos indicadores de acesso à consulta.

No cenário atual da centralização da decisão e restrições orçamentais, a Instituição não dispõe de muitos instrumentos que permitam dar uma resposta adequada, eficiente e tempestiva ao aumento da procura resultante da implementação da medida do livre acesso e circulação.

Neste sentido torna-se fundamental existir uma intervenção do Estado no que respeita ao acompanhamento do fluxo dos utentes de modo a minorar os impactos de uma possível polarização dos cuidados, bem como na adaptação do financiamento. Importa ainda apostar na divulgação da informação.

Face ao trabalho realizado, sugerem-se as seguintes recomendações:

- ✓ Análise do fluxo dos utentes, por parte da Tutela, de forma a realizar uma reafecção de recursos, com vista a reforçar a capacidade instalada dos serviços congestionados e a eliminação da capacidade instalada não aproveitada nos serviços excedentários, ou adicionar critérios à referenciação por parte dos CSP, nomeadamente no que respeita à referenciação para unidades hospitalares com elevados tempos de espera.

- ✓ Criação de um fluxo de financiamento que acompanhe o utente. Assim o financiamento deve ser atribuído à Instituição para onde o utente é referenciado e retirado do hospital da área, constituindo assim um incentivo ao aumento da produtividade dado o risco financeiro.
- ✓ Reavaliação, por parte da administração central, dos indicadores de Qualidade e Eficiência, assim como das penalidades associadas ao contrato-programa no sentido de coadunarem a nova realidade estabelecida pela introdução do LAC.
- ✓ Aumento da autonomia das Instituições para se adaptarem a esta nova realidade.

## 8. Referências Bibliográficas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde. Circular Informativa Conjunta n.º 21/2016/ACSS/SPMS. [Internet]. 2016 [citado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível na Internet:

[http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Republica%C3%A7%C3%A3o%20Circular%20informativa%20LAC%20N21\\_2016.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Republica%C3%A7%C3%A3o%20Circular%20informativa%20LAC%20N21_2016.pdf)

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório Anual – Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas. [Internet]. 2017 [citado em 18 de dezembro de 2018]. Disponível na Internet: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-Acesso-2017.VF\\_.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-Acesso-2017.VF_.pdf)

ANELL, A. - The Public-Private Pendulum – Patient Choice and Equity in Sweden. **The New England Journal of Medicine**. 372:1 (2015) 1-4.

APPLEBY, J.; HARRISON, A.; DEVLIN, N. - What is the real cost of more patient choice? The Kings Fund. [Internet]. 2003 [citado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível na Internet: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/what-is-real-cost-more-patient-choice-john-appleby-tony-harrison-nancy-devlin-kings-fund-1-june-2003.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/what-is-real-cost-more-patient-choice-john-appleby-tony-harrison-nancy-devlin-kings-fund-1-june-2003.pdf)

CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO. Relatório e Contas 2017. [Internet]. 2018 [citado em 20 julho 2018]. Disponível na Internet: [http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/658/R\\_C\\_CHSJ\\_2017.pdf](http://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/658/R_C_CHSJ_2017.pdf)

COOPER, Z.; GIBBONS, S.; JONES, S.; MCGUIRE, A. - Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms. **The Economic Journal**. 121:554 (2011) 228-260

COOPER, Z.; GIBBONS, S.; JONES, S.; MCGUIRE, A. - Does competition improve public hospital's efficiency? - Evidence from a quasi-experiment in the English National Health Service. CEP Discussion Paper n. 1125. Centre for Economic Performance. [Internet]. 2012 [citado em 22 de janeiro de 2018]. Disponível na internet: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1125.pdf>

COOKSON, R.; LAUDICELLA, M.; DONNI, PL.; DUSHEIKO, M. - Effects of the Blair/Brown NHS reforms on socioeconomic equity in health care. **Health Serv Res Policy**. 17(Suppl1) (2012) 55-63

DELOITTE. Saúde em Análise: Uma visão para o futuro. Public Sector, Life Sciences & Healthcare. 2011. [citado em 25 de fevereiro de 2018]. Disponível na internet:

[https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)\\_lshc\\_saudeemanalise\\_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)

DIXON, A., ROBERTSON, R., APPLEBY, J., BURGE, P., DEVLIN, N., MAGGE, H. - Patient Choice: How patients choose and how providers respond. The Kings Fund. [Internet]. 2010 [citado em 22 de janeiro de 2018]; Disponível na internet:

[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna\\_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Patient-choice-final-report-Kings-Fund-Anna_Dixon-Ruth-Robertson-John-Appleby-Peter-Purge-Nancy-Devlin-Helen-Magee-June-2010.pdf)

FOTAKI, M. - What market-based patient choice can't do for the NHS: the theory and evidence of how choice works in health care. CHPI - Centre of Health and the Public Interest. [Internet]. 2014 [citado em 22 de janeiro de 2018]; 12(272). Disponível na internet:

<https://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2014/03/What-market-based-patient-choice-cant-do-for-the-NHS-CHPI.pdf>

FOTAKI, M. - Patient choice and equity in the British National Health Service: towards developing an alternative framework. **Sociology of Health & Illness**. 32:6 (2010) 898-913

FURTADO, C.; PEREIRA, J. - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. [Internet]. 2010 [citado em 6 de março de 2018]; 372(1). Disponível na internet: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/EA1.pdf>

GODDARD, M.; SMITH, P. - Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. **Social Science & Medicine**. 53:9 (2001) 1149-1162

LACALLE, JG. - A bed too far: The implementation of freedom of choice policy in the NHS. **Health Policy**. 87:1 (2008) 31-40

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Conhecer os caminhos da saúde. Relatório de Primavera 2001, Síntese. 2001. [citado em 25 de fevereiro de 2018]. Disponível na internet: <http://www.opss.pt/node/217>

PERELMAN, J. – Liberdade de Escolha no Serviço Nacional de Saúde – o caso do VIH. **Acta Médica Portuguesa**. 28:2 (2015) 138-140

PORTUGAL – Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019. [Internet]. [citado em 10 de fevereiro de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/ProgXXIGov.pdf>



PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa. Lisboa. Diário da República, Iª Série n.º 86/1976, de 10 de abril de 1976.

PORTUGAL. Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio. Lisboa. Diário da República, IIª Série (85) de 3 de maio de 2016, p. 14126-(4).

PORTAL SNS. SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde. [Internet]. 2018. Disponível na Internet:

<https://www.sns.gov.pt/sns/sistema-integrado-de-gestao-do-acesso-no-servico-nacional-de-saude-siga-sns/>

SANTANA, P. - Geografias da Saúde e do Desenvolvimento - Evolução e tendências em Portugal. 2005. Portugal. Coimbra: Edições Almedina.

SICILIANI L, CHALKLEY M, GRAVELLE H. - Policies towards hospital and GP competition in five European countries. **Health Policy**. 121:2 (2017) 103-110

SIMÕES J, AUGUSTO GF, FRONTEIRA I, HERNANDEZ-QUEVEDO C. - Portugal Health system review. **Health Systems in Transition**. 19:2 (2017) 1–184

SIMÕES J, AUGUSTO GF, FRONTEIRA I. - Introduction of freedom of choice for hospital outpatient care in Portugal: implications and results of the 2016 reform. **Health Policy**. 121:12 (2017) 1203–1207

TRIBUNAL DE CONTAS. - Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde. Relatório n.º 15/2017 – 2ª Secção Volume I. 2017. [citado em 25 de fevereiro de 2018]. Disponível na internet:

[http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2017/2s/rel015-2017-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2017/2s/rel015-2017-2s.pdf)

VICTOOR, A., DELNOIJ, D., FRIELE, RD., RADEMAKERS, JJ. - Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*. [Internet]. 2012 [citado em 22 de janeiro de 2018]; 12(272). Disponível na internet: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-272>

## 9. Anexos

S-DSJC/SEC-7844/2018-DATA: 23-04-2018

DIREÇÃO CLÍNICA  
27/4/2018



*Ad CA*  
*27.04.2018*  
"Centro Hospitalar São João"  
Prof. Doutor José Artur Paiva  
Diretor Clínico



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



SÃO JOÃO

000364

Administração

Exmo(a). Senhor(a)  
Presidente do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de São João, EPE  
Alameda Professor Hernâni Monteiro  
4202-451 PORTO

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: 7844/2018-DSJC/SEC PROC. Nº: JUR - 160/2018	20/04/2018

**ASSUNTO:** Pedido de autorização referente à aplicação do despacho nº 4354-A/2017 -Projeto de investigação "O Impacto do livre acesso e circulação no CHSJ"

Cumpre-me notificar V.Ex<sup>a</sup>

- ☒ Despacho emitido sobre o parecer da Direção de Serviços Jurídicos e de Contencioso relativo ao assunto mencionado em epígrafe, cuja cópia se anexa
- ☐ Sentença/Acórdão para conhecimento/execução; E
- ☐ Devolver Processo instrutor

Com os melhores cumprimentos,

Considerando a informação e o parecer da Secretária-Geral do Ministério da Saúde - sobre o qual recata o despacho de homologação da Sra. Secretária de Estado da Saúde - e na sequência do parecer prévio favorável oportunamente emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, o Conselho de Administração delibera:

1. Autorizar a realização no Centro Hospitalar de São João do Projeto de Investigação "O Impacto do livre acesso e circulação no CHSJ".
2. Remeter-se à Unidade de Investigação e à Comissão de Ética para a Saúde, devendo comunicar-se a presente deliberação à Investigadora Principal, Mestre Ana Margarida Pinto Silva.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (C.A.) 03 MAI 2018  
Presidente do Conselho de Administração

Dr. Artur Paiva  
Dr. Luís Carlos Gomes  
Dr. Luís Carlos Gomes  
Dr. Luís Carlos Gomes


A Secretária Geral

Digitally Signed by Sandra Paula Nunes Cavaca, Sra. Secretária de Alameda DSC/CPPT, O-Secretaria-Geral da Saúde CH-Sandra Paula Nunes Cavaca, Sra. Secretária de Alameda, Date: 2018-04-20T15:59:10.410 UTC

Sandra Cavaca

Pedido de autorização referente à aplicação do Despacho n.º 4354-A/2017 - Projeto de investigação "O impacto do livre acesso e circulação no Centro Hospitalar de São João" (7256/2018)

DESPACHO


  
Rosa Valente de Matos  
Secretária de Estado da Saúde  
19 ABR. 2018

DESPACHO

À consideração de S.E. a Secretária de Estado da Saúde:

Concordo com o presente parecer, pelo que, caso V. Exa. concorde, submeto para homologação.

A Secretária Geral

  
Digitally signed by Sandra Cavaca  
DN: cn=Sandra Cavaca, o=Ministério  
da Saúde, ou=Secretaria de Estado da  
Saúde, cn=Sandra Cavaca, email=SCavaca@saude.gov.pt  
Date: 2018-04-13T16:15:18+02:00 UTC


13-04-2018 19:15  
Sandra Cavaca

PARECER

À consideração superior

Concordo com o presente parecer, pelo que, em caso de concordância de V. Ex.ª, proponho que o mesmo seja submetido a despacho de homologação de S.E. a Secretária de Estado da Saúde.

O Diretor de Serviços

  
12-04-2018 14:37  
António Navegas